

# Información del paciente y formulario de registro

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## Información de contacto

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Marque uno con un círculo

¿Cuál es el mejor teléfono para comunicarse con usted?  
Particular/Celular

¿Podemos dejar un mensaje de voz? Sí/No

¿Podemos enviarle un correo electrónico: Sí/No

## Información demográfica

### Orientación Sexual e Identidad de Género:

¿Qué sexo le asignaron al nacer?

- Masculino       Femenino       Otro/intersexual

¿Cuáles son sus pronombres preferidos?

- El/lo       Ella/la       Elle/le  
 Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

¿Cuál es su identidad de género actual?

- Masculino       Femenino  
 Mujer a hombre (FTM)/  
Hombre transgénero       Hombre a mujer (MTF)/  
mujer transgénero  
 Género queer (ni hombre  
ni mujer)       No quiero revelar

¿Cuál es su orientación sexual?

- Heterosexual       No sé  
 Lesbiana/gay/homosexual       No quiero revelar  
 Bisexual  
 Otra cosa (*describa*): \_\_\_\_\_

¿Es veterano? Sí/No

### Raza, grupo étnico e idioma

Marque la raza con un círculo:

- Asiático       Caucásico/blanco  
 Hawaiano       Más de una raza  
 Otras islas del Pacífico       No sabe  
 Afroamericano/negro       No quiero revelar  
 Indio americano/nativo  
de Alaska

Seleccione el grupo étnico:

- Hispano/latino       No hispano/latino  
 No quiero revelar

Idioma preferido que no sea inglés:

- Amhárico       Pastún  
 Chino       Persa  
 Francés       Español  
 Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

### Relaciones e información financiera:

Cuál es el estado civil actual:

- Soltero       Pareja de hecho       Viudo       No sabe  
 Casado       Divorciado       Legalmente separado

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Ingresos actuales: \_\_\_\_\_

Semanal/Quincenal/Mensual/Anual (*marque con un círculo*)



# Privacidad

Nombre: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información de salud de un paciente es privada y confidencial. Entiendo que CCI Health Services (CCI) trabaja arduamente para proteger la privacidad de un paciente y preservar la confidencialidad de la información de salud personal de un paciente. Entiendo que CCI puede usar y divulgar la información de salud personal de un paciente para ayudar a brindar atención de la salud a un paciente, para manejar la facturación y el pago, y para encargarse de otras operaciones de atención de la salud. CCI tiene un documento detallado llamado Aviso de Prácticas de Privacidad. Contiene más información sobre las políticas y prácticas que protegen la privacidad del paciente. Entiendo que tengo derecho a leer el Aviso antes de firmar este acuerdo.

- CCI puede actualizar este “Aviso de Prácticas de Privacidad”. Si se le solicita, CCI me proporcionará el Aviso de Prácticas de Privacidad más reciente.
- Según los términos de este consentimiento, puedo pedirle a CCI que limite la forma en que se usa o divulga la información de salud personal del paciente para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención de la salud. Entiendo que CCI no tiene que estar de acuerdo con mi solicitud. Si CCI acepta mi solicitud, Entiendo que CCI seguiría los límites acordados.
- Puedo cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento escribiendo, firmando y colocando la fecha en una carta dirigida al Oficial de privacidad de CCI en **8665 Georgia Avenue, Silver Spring, Maryland 20910**. Si escribo una carta, debo decir que quiero revocar mi consentimiento para autorizar el uso y divulgación de la información de salud personal del paciente para el tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud.
- Si revoco este consentimiento, CCI no tiene que proporcionar más servicios de atención de la salud al paciente.
- Mi firma a continuación indica que se me ha dado la oportunidad de revisar y/o he recibido una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad de CCI.
- Mi firma significa que acepto permitir que CCI use y divulgue la información de salud personal del paciente para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud.

**Escriba claramente y firme a continuación.**

**Firma del paciente o persona legalmente autorizada:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Firmado por (*marque con un círculo*): Paciente/padre/tutor legal/cuidador

## Contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Opcional

Autorizo a las siguientes personas a recibir mi información personal de atención de la salud.

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

¿Cómo conocí  
acerca de CCI?

 Google Amigo Familiar Otro: \_\_\_\_\_ Departamento  
de Salud PCC Aseguradora Redes sociales Médico

**Solo para uso de la oficina:** Si alguno de los anteriores está marcado como NO, marque confidencial del paciente en la nota de alerta.

**Para servicios para adolescentes/pacientes de planificación familiar**

Imprima la contraseña aquí: \_\_\_\_\_

Incluya la contraseña en la nota de alerta confidencial.



# Consentimiento informado para tratamiento en persona o de telesalud

Lea atentamente este documento y escriba toda la información en los espacios proporcionados.

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

## Tratamiento

- 1 | Busco voluntariamente servicios de diagnóstico y tratamiento de CCI Health Services. Entiendo que, como parte de mi atención de la salud, es posible que me hagan pruebas para detectar el uso de drogas y enfermedades de transmisión sexual, incluido, entre otros, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- 2 | He recibido información y consejos de mi médico sobre mi condición y los servicios de diagnóstico, procedimientos o tratamiento que se consideran necesarios y apropiados para mí. Mi médico me ha explicado la naturaleza de los servicios de diagnóstico, los procedimientos o el tratamiento que debo recibir y los riesgos, beneficios y alternativas sensatas razonablemente previsibles.
- 3 | He tenido la oportunidad de hacer preguntas a mi médico antes de la prestación de los servicios, procedimientos o tratamiento, y soy consciente de mi derecho a rechazar el servicio, procedimiento o tratamiento.
- 4 | Entiendo que la explicación que me dio mi médico sobre la naturaleza, el propósito previsto y los riesgos, consecuencias, complicaciones y beneficios razonablemente previsibles de los servicios de diagnóstico, procedimientos o tratamientos que se harán o utilizarán en el curso del diagnóstico o tratamiento de mi condición y las alternativas, no es exhaustiva y pueden surgir otros riesgos y complicaciones. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no es razonable esperar que mi médico pueda anticipar o explicar todos los posibles riesgos y complicaciones.
- 5 | No he recibido garantías con respecto a ningún beneficio que se espera obtener o resultados o consecuencias que puedan resultar de cualquiera de los servicios de diagnóstico, procedimientos o tratamientos por realizarse.
- 6 | Entiendo que puedo obtener una copia de este formulario de consentimiento firmado, si lo solicito. Se me ha dado la oportunidad de solicitar un intérprete de lenguaje de señas o un intérprete de idioma extranjero en caso de que tenga problemas de audición o no pueda entender lo que se dice en inglés.
- 7 | Doy mi consentimiento para que CCI Health Services retenga y elimine cualquier sangre, orina y otros fluidos corporales o muestras que obtenga en el curso de mi evaluación y tratamiento.
- 8 | Entiendo que este Consentimiento para el tratamiento significa que puedo recibir voluntariamente servicios médicos, dentales, de salud del comportamiento y de administración de la atención de CCI Health Services. También entiendo que puedo revocar mi consentimiento para cualquiera o todos estos servicios en cualquier momento informando a CCI Health Services por escrito.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído este documento en su totalidad y doy mi consentimiento para que el médico de CCI Health Services realice los servicios de diagnóstico, procedimientos o tratamientos que se consideren necesarios y apropiados para mi evaluación y tratamiento.

**Firma del paciente o persona legalmente autorizada:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado por (marque con un círculo): Paciente/padre/tutor legal/cuidador

## Telesalud

- 1 | Acepto participar en una cita de telesalud. Entiendo que la telesalud es el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un médico para brindar servicios a un paciente cuando se encuentre en un sitio diferente al del médico y, por la presente, doy mi consentimiento para que CCI Health Services me brinde servicios de atención de la salud a mí o a través de telesalud.
- 2 | Entiendo que el médico puede determinar que la telesalud no es clínicamente adecuada y solicitar que asista a una cita en persona.
- 3 | Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información de salud se aplican a la telemedicina. Existe un pequeño riesgo de que esta tecnología pueda causar una violación de la privacidad. CCI ha tomado todas las medidas necesarias para proteger la confidencialidad y cumplir con todas las leyes de privacidad estatales y federales. En el caso de que haya una violación de la confidencialidad, CCI tiene una política de violación de datos y me informará de manera oportuna sobre cualquier violación y todos los pasos tomados para remediar el problema.
- 4 | Entiendo que el personal de CCI está obligado por la confidencialidad y está aquí para ayudarme, pero tengo derecho a excluir a cualquier persona durante la sesión de telesalud.
- 5 | Entiendo que tengo derecho a negar o a retirar mi consentimiento para el uso de telesalud en el curso de mi atención en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o a tratamiento futuros. Puedo revocar por consentimiento oral o por escrito informando al gerente de la práctica. Mientras este consentimiento esté vigente o no haya sido revocado, el médico puede brindarme servicios de atención de la salud a través de telesalud sin la necesidad de firmar otro formulario de consentimiento.



**Firma del paciente o persona legalmente autorizada:** \_\_\_\_\_

Firmado por (marque con un círculo): Paciente/padre/tutor legal/cuidador Fecha: \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Permiso para tratar a un paciente menor de edad (menor de 18 años) sin la presencia de los padres/tutores legales

Los Servicios de Salud de CCI deben recibir el permiso del padre o tutor legal del niño antes de proporcionar tratamientos para atención médica, atención dental, lesiones o enfermedades que no pongan en peligro la vida, con las 3 excepciones que se indican al final de esta página. Un padre/tutor legal/pariente cuidador DEBE estar presente para la primera visita de un paciente menor de edad a los Servicios de Salud de CCI (con las 3 excepciones que se indican al final de esta página) y para las visitas médicas de niño sano. Para otras visitas, este formulario proporciona el permiso legal para tratar al menor con la presencia de un adulto designado (no padre/tutor). Se espera que el adulto designado conozca el historial médico del menor, incluidos los medicamentos y las alergias.

## Escriba toda la información en los espacios provistos. Asegúrese de completar todos los campos y firmar a continuación.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### Delegación de autoridad para el tratamiento médico de un menor de edad al representante designado que se indica a continuación:

Yo, (escriba su nombre) \_\_\_\_\_ autorizo a CCI Health Services a evaluar y tratar al menor antes mencionado en presencia de cualquiera de los siguientes adultos autorizados para aprobar el tratamiento:

Apellido: _____	Nombre: _____	Relación con el menor: _____
Apellido: _____	Nombre: _____	Relación con el menor: _____
Apellido: _____	Nombre: _____	Relación con el menor: _____

Al firmar, también acepto ser financieramente responsable del pago de todos los cargos relacionados con la atención y el tratamiento prestados. Tenga en cuenta: Las tarjetas de seguro y los montos de los copagos (si corresponde) deben presentarse en cada visita.

Firma del paciente o persona legalmente autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado por (marque con un círculo): Paciente/padre/tutor legal/cuidador

### Esta autorización es válida:

Para una sola visita (fecha de la cita): \_\_\_\_\_  Durante un año a partir de la fecha de firma de la autorización

Número de teléfono de contacto de emergencia 1 del padre/tutor:

\_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto de emergencia 2 del padre/tutor:

\_\_\_\_\_

**NOTA:** Los artículos 20-102 y 20-104 del Código Anotado de Maryland (Ley Estatal) permiten las siguientes excepciones, donde un menor tiene la misma capacidad que un adulto para dar su consentimiento para el tratamiento médico:

- 1 | Tratamiento o asesoramiento sobre abuso de drogas o abuso de alcohol, incluido el tratamiento psicológico.
- 2 | Tratamiento o asesoramiento sobre enfermedades venéreas (de transmisión sexual) (incluido el VIH/SIDA), embarazo o métodos anticonceptivos distintos de la esterilización.
- 3 | Consulta, diagnóstico y tratamiento de un trastorno mental o emocional (si tiene 16 años o más).



# Acuerdo de cita previa

Lea atentamente este documento y escriba toda la información en los espacios proporcionados.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

Es una política de CCI Health Services monitorear y administrar las ausencias a las citas. Esto es necesario para asegurar que a cada paciente se le dé la cantidad adecuada de tiempo asignado para su visita y para brindar atención de la más alta calidad. Una cantidad indebida de citas no utilizadas retrasa la atención médica necesaria para los pacientes. Una "ausencia" es cuando alguien falta a una cita sin cancelarla dentro de un período de 24 horas hábiles de anticipación.

Los pacientes deben cancelar su cita programada con un aviso de al menos 24 horas. Si se da una cancelación de menos de 24 horas, esto se documentará como una cita con "ausencia". Los pacientes que no lleguen a una cita programada serán documentados como una cita con "ausencia".

Si un paciente tiene tres citas consecutivas con "ausencia" dentro de los seis meses, ese paciente y cualquier persona que sea un garante o garantía del paciente, no podrá programar citas futuras por adelantado. El personal de la recepción puede ejercer su discreción limitada al no asignar "ausencias" a las citas por circunstancias especiales, como hospitalización u otra emergencia.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendo la Política de ausencias en las citas de CCI Health Services y acepto sus términos.

**Firma del paciente o persona legalmente autorizada:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado por (*marque con un círculo*): Paciente/padre/tutor legal/cuidador

# Solicitud de descuento de escala de tarifas variables (SFS)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

El Programa de descuento de tarifa variable está disponible para pacientes de bajos ingresos, sin seguro y/o pacientes de CCI con seguro insuficiente. El programa ayuda a los pacientes a reducir la cantidad que paga un paciente para recibir servicios preventivos de atención de la salud primaria en CCI Health Services. A ningún paciente se le niegan los servicios debido a la incapacidad de pago. A todos los pacientes que se haya determinado que están al 100% o menos de las Pautas federales de pobreza se les cobrará una tarifa nominal. La tarifa nominal es una tarifa plana no asociada al costo del servicio prestado.

Para ser elegible para el Programa de descuento de escala de tarifas variables (SFS), debe proporcionar una prueba de ingresos dentro de los 30 días de su cita. Si está solicitando el Programa de descuento de SFS, proporcione una de las siguientes formas de prueba de ingresos, tamaño de la familia y ganancias actuales:

## Comprobante de ingresos y tamaño de la familia:

El Programa de descuento de tarifa variable requiere el tamaño de la familia, los ingresos actuales y dos datos para establecer la elegibilidad, que pueden incluir:

- Talones de pago por un total de un mes de pago(s) de ingresos
- Declaración de impuestos federales actual
- Carta del empleador (con ingresos verificados en la carta, persona de contacto y número de teléfono)
- Carta de oferta de empleo con confirmación de ingresos anuales (con persona de contacto y número de teléfono)
- Documentos que verifiquen la cantidad de fuentes de ingresos adicionales (*Seleccione todas las que correspondan. Debe tener documentación.*)
  - Ayuda a los Hijos Dependientes (ADC)
  - Pensión
  - Pensión alimenticia
  - Jubilación
  - Manutención infantil
  - Ingresos del Seguro Social
  - Discapacidad
  - Desempleo
  - Asistencia de Bienestar

**Tamaño de la familia:** Una familia es un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas; todas esas personas relacionadas se consideran miembros de una familia. **Defina el tamaño de su familia y sus ingresos.**

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Ingresos actuales: \_\_\_\_\_

Semanal/Quincenal/Mensual/Anual (*marque con un círculo*)

Ingresos de pareja de hecho/cónyuge: \_\_\_\_\_

Semanal/Quincenal/Mensual/Anual (*marque con un círculo*)

Ingresos adicionales de miembros de la familia: \_\_\_\_\_

Semanal/Quincenal/Mensual/Anual (*marque con un círculo*)

Ingresos adicionales de miembros de la familia: \_\_\_\_\_

Semanal/Quincenal/Mensual/Anual (*marque con un círculo*)

Hoy no tenía listos los siguientes documentos cuando solicité mi descuento de tarifa variable, y entiendo que para obtener mi descuento de tarifa variable, tendré que traer este documento para **esta fecha:** \_\_\_\_\_. Esta solicitud del programa de descuento de tarifa variable será efectiva por un año a partir de la fecha de la solicitud.

**Firma del paciente o persona legalmente autorizada:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado por (*marque con un círculo*): Paciente/padre/tutor legal/cuidador

## Denegación del programa de descuento de tarifa variable

- Elegí optar por no participar en el Programa de descuento de tarifa variable y entiendo que las tarifas no se descontarán. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y que he leído y comprendo y acepto adherirme a todos los términos y condiciones del Programa de Descuento de Tarifa Variable.



### Solo Personal

Nombre: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Qué no está cubierto?

### Medicina

- Medicamentos/recetas
- Servicios fuera de alcance

### Odontología

- Medicamentos/recetas
- Servicios fuera de alcance
- Tarifas de laboratorio externo
- Suministros